

Couverture pendant un congé de maternité / parental

L'employeur doit maintenir les couvertures d'assurance collective durant un congé de maternité, un congé parental à moins d'avis contraire de l'employé. L'employeur a toutefois la responsabilité de percevoir les primes payables par ses employés en congé selon les politiques internes. Par contre, si l'employé ne désire pas payer la portion de sa prime, toutes les garanties se termineront.

Je m'engage **à payer** ma part des primes d'assurance collective pendant mon congé de maternité/parental selon les politiques en vigueur dans notre organisme au montant de _____. Je comprends que toutes les garanties présentement en vigueur seront maintenues selon la *Loi sur les normes d'emploi de l'Ontario* pour une période maximale de 18 mois suite à la naissance du bébé. Si les primes augmentent pendant mon absence, je m'engage à payer la différence. Si je cesse de payer ma prime, je comprends que mon employeur devra mettre fin à mon assurance et que toutes les garanties se termineront.

OU

Je **refuse** de payer la portion de ma prime pendant mon congé de maternité/parental à compter de la date d'effet du début du congé. Par conséquent, mon employeur mettra fin à toutes mes garanties en vigueur présentement et celles-ci se termineront à ma dernière journée travaillée. Je comprends que si je deviens invalide pendant cette période de congé, je ne serai pas éligible à recevoir des prestations d'invalidité de longue durée car je n'étais pas couvert à la date d'invalidité. Par conséquent, mes garanties recommenceront à mon retour au travail sans période d'attente en complétant un nouveau formulaire d'adhésion. Je recevrai un nouveau numéro d'identité et les modalités d'une nouvelle adhésion s'appliqueront.

Je comprends que je peux demander que le montant d'assurance-vie dont je bénéficie dans le programme d'assurance collective, Régime 165729, géré par Grandir ensemble soit transformé en un contrat d'assurance-vie individuelle avec La Great-West sans avoir à présenter d'attestation de bonne santé. La demande de transformation doit parvenir par écrit à l'assureur au plus tard **31 jours** après la date de cessation de mon assurance collective. Je comprends que les primes ne seront pas les mêmes et seront déterminées par l'assureur. Je peux communiquer avec la conseillère en assurance collective, Jacinthe Choquet au 613 833-9170 pour plus de détails.

Date du début du congé : _____

Date prévue du retour : _____

Nom de l'employé

Nom du Service de garde

Signature de l'employé

Signature de la Direction

Date

Date